

改訂3版の序

今から8年前の2017年10月、レジデントノート増刊「糖尿病薬・インスリン治療 知りたい、基本と使い分け (Vol.19 No.11)」が発刊されました。今回は2回目の改訂で5年ぶりとなります。このような総説本が2回も改訂をうけるのは珍しいと編集者の私自身が驚いているのですが、その理由はこの増刊号に世のレジデントからのニーズがあるからに他ならないと思いますし、そういうニーズを満たすための項立てをして、それに応えてくれる筆者を熟慮のうえに決定し、そしてそんなスペシャリストの先生に筆を奮っていただいたお陰と確信しております。皆、糖尿病の患者さんと真正面から向き合ってきた先生方です。

ということですのでこの3版は糖尿病の薬物療法について、この5年間における進歩あるいは変化した点を漏らさず取り込んでいます。治療の考え方はそれまで当然と思われることが意外に一つのスタディ結果によってひっくり返ることがあります。例えば糖尿病を合併する高血圧症にはこの20年以上ずっとACE阻害薬やARBが第一選択薬だとガイドラインで推奨されていました。しかし、大規模な後ろ向き研究の結果はカルシウム拮抗薬などの他の降圧薬とくらべ、何ら心腎血管イベント抑制の点で差がなかった、ただしアルブミン尿があればそれを減らしてくれるということに限定されたものでした。また、腎硬化症のある患者の降圧療法にはむしろカルシウム拮抗薬を推奨するという専門家もいる状況です。要は血圧を下げれば降圧薬は何でもよいという結論となったのです。前向き無作為割付けの介入試験が最もエビデンスレベルが高いといわれてきましたが、必ずしもそうとは限らないのがこの例なのです。試験に組込まれた患者背景を確認しながら結果を観ることが大事なのです。

それに関連してこの5年の間に注目のされるようになったのが「慢性腎臓病」CKDです。このCKDの病名で適応がとれた治療薬がいくつか発売されたせいもあって、この病名は一気にポピュラーとなり、治療対象としてかなり注目を集めています。患者さんに病気について関心をもってもらう、という疾患啓発の意味ではこの病名の普及は大成功かもしれません。しかし、飽くまで疾患啓発であります。これをレジデントの先生方が勘違いしてもらっては困ります。慢性腎臓病CKDは最終診断名ではありません。糖尿病性腎症、腎硬化症、慢性腎炎などさまざまな病態の腎臓疾患の「寄せ集め」です。それなのに当院にローテートしてくるレジデントの症例プレゼンテーションの病名リストに、①2型糖尿病 ②本態性高血圧 ③慢性腎臓病というのをよく見かけます。確かにクレアチニンが1.3mg/dLありました。「尿蛋白はどうなっていますか?」と聞いてもあわてて検尿結果を電子カルテに探しに行く、そして、「あっ、糖尿病関連腎臓病DKDです」といわれます。糖尿病のある患者のCKDなのだからそれは当たり前、私

が聞きたいのは糖尿病性腎症なのか、腎硬化症なのかといったことです。慢性腎臓病CKDで診断が止まってしまってはこれからどのように介入するのかがはっきりしません。突っ込んだ病態の解明、診断名まで至らないといけないのです。本増刊号のコラムにも書きましたが長年糖尿病患者を診て、レジデントとカンファレンスをしてきてこんなプレゼンテーションを聞くようになったのはもちろんこの病名が使われるようになってからです。そういう点では大きな問題をはらんだ病名と言わざるを得ません。この場を借りて問題提起したいと思います。当然、適応を取った薬についてもCKDなら何でもよいわけでないことも付け加えます。

ついついこの件で私は熱くなりがちと何人かの先生方に指摘されましたが、適切に診断し、治療をしていくこと、それは、最後は患者さんのためだからです。実は2型糖尿病というのかなり「寄せ集め」的な病名であり、患者さん一人ひとりの顔が違うのと同じくらい病態の異なる疾患です。この疾患をどのように薬物治療していくのかというのは大変奥が深いと思います。レジデントの先生方にもぜひこの点を理解いただき、この増刊号をお読みいただくと幸いです。

2025年4月

東邦大学医学部内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野
弘世貴久

初版の序

本学の前期研修医（前期レジデント）が当科を選択すると基本的に1～2カ月の研修期間が割り当てられます。入院患者の治療が大部分となるので経口薬はさておき、インスリン治療を行うことには皆、かなり熟練してくれます。ところがそんな前期研修医が立派にインスリンの用量調節ができるようになり、巣立ったあと、翌月、例えば膠原病内科に行くとどうでしょう。ステロイドの使用機会の多い膠原病内科では血糖管理が悪くなるステロイド糖尿病の多発地帯です。当科で研修した実力を真に発揮できるまたとない機会のはずなのですが…、「兼科をお願いします」とあの一緒に研修したはずのレジデントが院内の依頼状を書いて当科によこしてくるのです。これは膠原病内科にはインスリンの使用法を指導できる医師がいないためと思われます。あれだけ研修したのは何のためだったの？と力が抜ける思いがすることしばしばです。こうしたことは今の臨床研修制度の大きな問題の1つでしょう。糖尿病は特にどの科で研修しても遭遇する疾患ですからそのようなケースが特に多いと思われます。

そこで本特集はインスリンや経口血糖降下薬の基本はもちろんのこと、病棟、外来で遭遇するさまざまな状況で如何に対応すればよいのかを「臨床に強い！」専門家の先生方に執筆いただきました。兼科の依頼を書く前に、是非ともこのレジデントノート増刊を開いて自分で血糖コントロールすることに挑戦してみてください。きっと指導医の「次に」役立つでしょう。さらに、このレジデントノート増刊があれば糖尿病内科を研修したレジデントも、これから回るレジデントも、さらにはその予定のないレジデントも自分の力で糖尿病コントロールの良くない患者さんに対応できると思います。血糖コントロールが良くない患者さんを積極的に診ようという気持ちになりますよ！

2017年9月

東邦大学医学部内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野
弘世貴久